

Mestrado Integrado em Medicina

Dificuldades de Comunicação Médico-Doente na Doença Oncológica Avançada

Maria do Rosário Nascimento e Sousa de Bessa Monteiro

M

2018



Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Ano letivo 2017/2018

Artigo de Revisão Bibliográfica

Título: Dificuldades de Comunicação Médico-Doente na Doença Oncológica Avançada

Autor: Maria do Rosário Nascimento e Sousa de Bessa Monteiro

Endereço eletrónico: mrosario.bmonteiro@gmail.com

N^a de Estudante: 201203276

Orientador: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira

Categoria: Assistente Graduada de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

Afiliação: Assistente convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Porto, Maio, 2018

Assinaturas:

O Estudante

Maria do Rosário Bessa Monteiro

O Orientador

Margarida das Neves Naveiro

Data de finalização: 28 de Maio 2018

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Sara Moreira, pelas orientações, sugestões, dedicação e disponibilidade sempre demonstrada para me ajudar.

À minha mãe, ao meu irmão, pelo apoio incondicional durante este caminho conjunto.

Resumo

Introdução: A comunicação é uma competência clínica nuclear em Medicina e a qualidade da comunicação médico-doente tem sido cada vez mais reconhecida como uma componente central dos cuidados de saúde. Em Oncologia, a comunicação com os doentes é uma tarefa complexa, sendo especialmente desafiante quando se trata de informar sobre o prognóstico, quando ocorre recidiva e a doença progride. Como tal, entender a relação entre o médico e o doente requer estudo e reflexão em simultâneo dos elementos deste processo intensamente dinâmico e correlativo.

Objetivos: O presente trabalho propõe-se fazer uma análise da literatura sobre as dificuldades de comunicação em Oncologia, tendo em consideração os dois intervenientes neste processo: o médico e o doente com doença oncológica avançada.

Metodologia: Foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos escritos em Inglês na base de dados PubMed e Google Scholar, publicados no período compreendido entre 2010 e 2017, usando as palavras-chave enumeradas em baixo. As referências bibliográficas dos artigos obtidos também foram consultadas para obtenção de informação adicional.

Desenvolvimento: Os médicos frequentemente evitam conversar com os doentes sobre o prognóstico por medo de destruir a esperança ou a relação terapêutica. Também acontece a pedido dos familiares para ocultar informação e ainda por dificuldade em gerir as reações emocionais dos doentes e sentimentos de falha enquanto profissionais pela impossibilidade de oferecer tratamentos curativos. Por outro lado, a forma como os doentes estão dispostos a discutir esses problemas é variável. A divulgação prognóstica por parte do médico não está associada a dano no bem-estar emocional do doente nem a prejuízo na relação médico-doente. As atitudes negativas em relação aos cuidados paliativos são frequentemente citadas pelos médicos oncologistas como uma das razões para referências tardias para este tipo de cuidados. Oncologistas que reconhecem ter um claro papel no apoio psicossocial descrevem relações mais próximas com os doentes, não vêem a progressão da doença como uma falha pessoal, estão mais satisfeitos com os cuidados e apoio de fim de vida que fornecem e apresentam marcadores mais baixos de *burnout*.

Conclusão: O conhecimento das dificuldades de uma comunicação eficaz permite o desenvolvimento do treino em Competências de Comunicação, capazes de aumentar a confiança dos médicos em conduzir conversas emocionalmente desgastantes, oferecendo um suporte de primeira linha aos doentes.

Palavras-chave: *Physician-Patient Communication; Physician-Patient Relationship; Advanced cancer; Palliative care in oncology; Prognosis in oncology*

Abstract

Introduction: Communication is a critical competence in Medicine and the quality of the communication between the doctor and the patient is being recognised as an essential component across healthcare services. Within the Oncology specialism, communicating with patients is complex, particularly when discussing prognosis, relapse and disease progression. Therefore, understanding the doctor-patient relationship requires concurrent analysis and reflection of this intensely dynamic process.

Objectives: The current literature review aims to analyse the communication difficulties in Oncology, considering both the doctor and the patient with advanced oncological disease.

Method: This review includes articles written in English, published between 2010 and 2017 on PubMed and Google Scholar, including the key words found below. The bibliographic references of the obtained articles were also consulted to obtain additional information.

Development: Doctors often avoid discussing prognosis with their patients for fear of reducing hope or damaging the doctor-patient relationship. It has also been observed that family members request that doctors omit information due to the difficulty in managing the patient's reactions and feelings. From the doctor's perspective, there is also a feeling of failure for not being able to provide successful treatments. On the other hand, patients' ability to discuss these issues is variable. Openly discussing the prognosis is not associated with decreased patient wellbeing or damage to the doctor-patient relationship. Oncologists frequently mention that negative attitudes towards palliative care often result in late referrals to these services. On the other hand, oncologists who recognise that they have a clear role in psychosocial support believe they have closer relationships with their patients. In addition, they do not regard disease progression as a personal failure, they are more satisfied with the end-of-life support they provide and have lower levels of burnout.

Conclusion: Knowing the characteristics of effective communication allows for the delivery of professional development in communication, which could improve doctors' confidence when having emotionally draining conversations, thus offering first class support to patients.

Keywords: *Physician-Patient Communication; Physician-Patient Relationship; Advanced cancer; Palliative care in oncology; Prognosis in oncology*

Índice

Introdução	1
Objetivos	3
Metodologia	3
Desenvolvimento	4
O que querem os doentes saber?.....	4
Quanto revelam os médicos?	6
O que percebem os doentes?	8
Importância da Comunicação para o doente	11
Fatores relacionados com o Médico que influenciam a comunicação médico- doente.....	13
Desconforto em abordar assuntos relacionados com a morte	13
Dificuldade em lidar com as emoções.....	13
Expectativas irrealistas	14
Acordo mútuo entre médico e doente - O falso realismo	15
Receio de diminuir a esperança dos doentes	16
Pedido de familiares para ocultar informações.....	17
Dificuldade de transição para cuidados paliativos	18
Dificuldade em prever a evolução clínica	19
Consequências para o médico	20
Benefícios da formação em Competências de Comunicação.....	21
Conclusão	23
Referências Bibliográficas.....	25

Introdução

A comunicação é uma competência clínica nuclear em Medicina e a qualidade da comunicação médico-doente tem sido cada vez mais reconhecida como uma componente central dos cuidados de saúde. Em Oncologia a comunicação com os doentes é uma tarefa complexa, sendo especialmente desafiante quando se trata de informar sobre o prognóstico, quando ocorre recidiva e a doença progride, sendo hoje aceite como uma área fundamental no tratamento global do doente oncológico e sua família. Em média, os oncologistas dão 35 más notícias durante um mês, considerando como mais difíceis a recorrência do cancro e a falha ou ausência de tratamento¹⁻².

Após dezenas de anos em que médicos e doentes enfrentam em conjunto todo o espectro das doenças oncológicas, parece razoável esperar que os oncologistas estejam bem treinados, experientes e confiantes em comunicar com os seus doentes. Estudos observacionais têm indicado que os médicos têm dificuldade em encontrar uma forma eficaz de conduzir estas conversas difíceis e que a comunicação em oncologia é ainda mediana devido à crença errada de que esta é uma “competência” inata de menor importância quando comparada com aspetos técnicos dos cuidados de saúde³. Para além disso, a complexidade, o medo e a incerteza que o cancro acarreta aumentam o peso emocional na relação médico-doente, tornando a comunicação um ponto ainda mais crítico da relação⁴⁻⁵.

A publicação do National Cancer Institute sobre comunicação centrada no doente oncológico identifica 6 funções da comunicação: trocar informações, tomar decisões, promover uma relação que facilite a cura ao mesmo tempo possibilitando a autonomia do doente, gerir os sentimentos de incerteza e medo e responder de forma empática a emoções. Considerando que essas funções formam a base da comunicação com os doentes oncológicos, são necessárias competências específicas para o grupo de doentes em estado avançado e incurável. Estes têm de lidar com o impacto emocional de uma doença que limita a vida, com tratamentos e decisões que são complexas, envolvendo o desafio de manter a esperança enquanto se determinam metas realistas.

A comunicação sobre o prognóstico, cuidados de fim de vida e a tomada de decisões pode ser desafiadora, levando os médicos a frequentemente evitarem estas conversas. Por outro lado, a forma como os doentes estão dispostos a discutir esses problemas é variável e depende de fatores como cultura e espiritualidade, duração da doença e tempo de adaptação à notícia⁶. Apesar de ser inevitavelmente angustiante, a

comunicação pode aliviar a natureza traumática dessa experiência⁷. Assim, qualquer doença, mas especialmente a doença oncológica, tem aspetos objetivos, subjetivos e relacionais (isto é, interações entre o doente, o médico, a família e o contexto social onde se inserem) que é preciso ter em consideração. Quando os oncologistas não valorizam estes aspetos, tendem a comunicar como se de um conjunto de acontecimentos exclusivamente biomédicos se tratasse, tornando-se num ato unidirecional de informações fornecidas pelo médico ao doente⁸.

A comunicação médico-doente sofreu mudanças consideráveis nos últimos anos e tornou-se, contrariamente às décadas anteriores quando a medicina se baseava num modelo de cuidados paternalista, num dever central e um desafio para o oncologista⁹. Não obstante, muitas questões sobre a comunicação em oncologia ainda necessitam de ser mais aprofundadas para irem ao encontro das necessidades dos doentes. Especificamente, abordar quais as informações que os doentes querem receber, quando e de que forma, qual a melhor maneira de o médico as transmitir de forma eficaz e eficiente e como evitar ou reduzir o sofrimento e manter a esperança. Por fim, como conseguir uma comunicação bidirecional entre o médico e o doente que leve a uma partilha na tomada de decisões que respeite a escolha do doente e evite resultados indesejados.

Objetivos

O presente trabalho propõe-se fazer uma análise da literatura sobre as dificuldades de comunicação em oncologia, tendo em consideração os dois intervenientes neste processo: o médico e o doente com doença oncológica avançada. O conhecimento das dificuldades de uma comunicação eficaz permite o desenvolvimento do treino em Competências de Comunicação capazes de aumentar a confiança dos médicos em conduzir conversas emocionalmente exigentes, oferecendo um suporte de primeira linha aos doentes assim como diminuindo os marcadores de *burnout* dos médicos.

Metodologia

Tendo em vista a consecução do objetivo proposto, foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos escritos em Inglês, na base de dados PubMed e Google Scholar, usando como palavras-chave os termos ou combinação de termos: “physician-patient communication”, “advanced cancer”, “physician-patient relationship”, “prognosis in oncology”, “palliative care in oncology”. Foram selecionados os artigos que apresentavam texto completo disponível, publicados no período compreendido entre 2010 e 2017, entre eles artigos de investigação ou de revisão bibliográfica escritos em Inglês. As referências bibliográficas dos artigos obtidos também foram consultadas para obtenção de informação adicional.

Desenvolvimento

O que querem os doentes saber?

Os doentes oncológicos em países desenvolvidos cada vez mais expressam o desejo de informações detalhadas sobre o curso da doença assim como o seu envolvimento nas decisões sobre o tratamento. Discutir o prognóstico revela-se mais complexo do que outras etapas da comunicação médico-doente, como por exemplo dar a notícia inicial do diagnóstico de cancro¹⁰. Os profissionais de saúde frequentemente evitam fornecer tais informações porque não sabem até que ponto os doentes quererão ser informados e se isso os fará perder a esperança¹¹.

Em inúmeras publicações que exploram as preferências dos doentes oncológicos quanto à necessidade de informação, estima-se que entre 85-95% dos doentes querem que o médico os informe de toda a situação, quer sejam boas ou más notícias¹²⁻¹⁵. Para além disso, a sua maioria (mais de 95%) deseja informações sobre as opções de tratamento disponíveis e o seu objetivo, estar envolvido na decisão do tratamento (91%)¹⁶, e saber que sintomas são esperados no futuro (80%)¹⁷. Um número menor, cerca de metade, quer saber a esperança de vida e um terço quer conversar sobre a morte e cuidados paliativos. Mais de 80% dos doentes prefere que estes assuntos sejam abordados logo após o diagnóstico de metastização¹⁶⁻¹⁷.

Uma vez que cerca de um quarto dos doentes refere que pretende discutir com o seu médico o prognóstico e os cuidados paliativos apenas quando o solicitar e que 10% dos doentes prefere nunca discutir estes aspetos, permanece um desafio para o oncologista saber como adaptar as informações às necessidades individuais de cada doente^{16, 18}. Muitos médicos confiam na sua intuição para se orientarem nestas questões. Contudo, vários estudos mostram que os médicos não são capazes de identificar as preferências dos doentes. A negociação aberta das questões a serem abordadas parece ser o rumo mais adequado uma vez que há uma sensação de maior controlo quando estas questões são discutidas abertamente¹¹. Desta forma, o médico sabe o que o doente pretende esclarecer podendo ir ao seu encontro através de uma informação honesta.

Apesar de se tratar de uma minoria, aproximadamente 20% dos doentes afirmam que não estão preparados para discutir o agravamento da sua saúde^{16, 18}. No entanto, pode haver casos em que o médico sinta que o doente desconhece o seu prognóstico contribuindo para que tome decisões erradas. Nestes casos, é necessário perceber porque é que o doente não quer ter informação e é importante que o médico encontre uma forma de abordar estes assuntos. De facto, tentar conversar sobre as

razões que levam o doente a não querer saber, pode ser útil para a construção de uma relação de confiança.

Um ponto importante a ressaltar é a falha conceptual da generalidade dos estudos onde afirmam que a maioria dos doentes oncológicos querem informações precisas sobre o prognóstico. De facto, a sua maioria não distingue as necessidades informativas dos doentes tratados inicialmente com intenção curativa daqueles tratados sem intenção curativa. Estes dois “grupos” de doentes recebem e interpretam as informações sobre o prognóstico de maneira totalmente diferente, sendo que os doentes incuráveis desde o início são menos propensos a solicitar informação¹⁹.

Quanto revelam os médicos?

Os médicos geralmente omitem algumas informações aos doentes com o objetivo de os proteger de notícias potencialmente difíceis e tristes. A análise da relação médico-doente revela que a falta de informação está presente em todas as etapas da doença, nomeadamente a partir do momento em que o doente relata os sintomas, na confirmação do diagnóstico, durante a discussão sobre o plano de tratamento, na recorrência e na fase terminal²⁰. Embora a etapa de informação sobre o diagnóstico seja um princípio bem reconhecido desde o final da década de 70, estudos mais recentes revelam que os médicos são relutantes em divulgar especificamente o prognóstico, pelas mesmas razões que tradicionalmente não revelavam o diagnóstico, temendo que tal informação fosse prejudicar a esperança dos doentes²¹. Para além disso, evitar estimativas sobre o prognóstico também contribui para esta relutância em abordar o tema na consulta²¹. Como tal, a informação sobre o prognóstico é frequentemente transmitida através do uso de metáforas. Adicionalmente, os clínicos podem aderir à conspiração de silêncio com os familiares de modo a esconder informações potencialmente dolorosas e tentar incentivar a esperança no doente. Os oncologistas podem também formar um acordo tácito ou explícito com os doentes para evitar as conversas potencialmente difíceis para ambos os lados. Estes assuntos serão falados mais em detalhe adiante.

Em estudos que avaliam a prática de falar sobre o prognóstico com os doentes terminais, 98% dos oncologistas dizem que ao longo das várias consultas acabam por revelar ao doente que ele irá falecer devido ao cancro^{19, 21-22}. No geral, 65% dos médicos discutiriam o prognóstico "agora", enquanto 15% abordariam a questão somente se o doente/família quisesse²³. Em estudos mais recentes, a percentagem de médicos que refere que revelaria o prognóstico "agora" tem aumentado²⁴. Isto pode refletir uma crescente noção por parte da comunidade médica da importância de discutir estas questões com os doentes o mais rápido possível de modo a influenciar positivamente as suas escolhas futuras. Nos casos em que o médico está relutante em informar o doente do seu prognóstico, 60% informam a família sem o conhecimento do doente²¹. No que diz respeito à esperança de vida, a situação é bastante diferente: menos de 50% dos médicos aborda sempre/geralmente esta informação²¹. No entanto, menos de 70% dos doentes que solicitaram informação relataram que esta lhes tenha sido dada¹⁵.

Um estudo foi realizado com o objetivo de identificar que informação é dada aos doentes sobre a quimioterapia paliativa *versus* a atitude "*watchful-waiting*" (*espera vigilante*). A quimioterapia paliativa visa melhorar ou manter a qualidade de vida do

doente, diminuindo o tamanho do tumor, no entanto, também está associada a efeitos colaterais. A espera vigilante tem como principal objetivo melhorar ou manter a qualidade de vida do doente com tratamentos focados na melhoria dos sintomas. A maioria dos doentes foram informados sobre a impossibilidade de cura (84%) e aumento da sobrevida (55%) com a quimioterapia paliativa, no entanto em alguns casos estas informações foram mencionadas apenas uma vez durante a consulta. A influência do tratamento no prognóstico é explicada apenas em cerca de um terço dos casos e os efeitos secundários do tratamento, tais como consequências na capacidade de trabalho, na sexualidade, nas relações sociais e a nível emocional quase nunca são abordados (1-4%). A opção de *espera vigilante*, na maioria das vezes explicada como "*não fazer nada*", é dada a aproximadamente metade dos doentes, tendo sido explicada mais extensivamente em 27% dos casos e mencionada apenas numa frase aos restantes^{22, 25}. No entanto, dizer "*não fazer nada*" não é equivalente à opção de espera vigilante, e formulá-la de tal maneira assusta os doentes em vez de os fazer considerar esta opção de forma séria²⁵.

Relativamente à abordagem dos médicos (de clínica geral, oncologistas, médicos dos cuidados paliativos, cirurgiões) com doentes oncológicos em fase terminal sobre os cuidados médicos desejados no fim de vida, cerca de 70% dos doentes apresentam evidência destas conversas, através de entrevistas e/ou registos médicos. No entanto, apenas um quarto dos oncologistas envolvidos no estudo afirma falar com os doentes sobre estas questões²⁶. Num outro estudo, só 37% dos doentes tinham tido conversas sobre o fim de vida: 44% dos médicos discutiriam "agora" enquanto 18% esperaria que o doente comesse a apresentar sintomas e 26% esperariam que não houvesse mais tratamento (não paliativo) a oferecer²³.

Reter informações médicas pertinentes do doente sem conhecimento ou consentimento do doente pode ter consequências negativas a longo prazo. A relação médico-doente deve ser baseada na confiança. O doente deve confiar que o seu médico lhe fornece os conhecimentos necessários para tomar decisões devidamente informadas. A ausência de honestidade pode comprometer esse relacionamento se o doente suspeitar (ou descobrir posteriormente) que informação importante está a ser omitida²⁷. Tem havido um foco crescente na importância moral dos médicos e na sua obrigação de informarem o doente, com um corpo de evidência que apoia as vantagens da divulgação completa do cenário médico²³.

O que percebem os doentes?

Apesar da maioria dos médicos afirmar que revelam o prognóstico aos doentes, vários estudos reconhecem que muitos doentes oncológicos em estado avançado não compreendem. Esta aparente contradição pode refletir a dificuldade entre as capacidades de comunicação do clínico e a receptividade do doente. Como tal, é importante pensar sobre as potenciais diferenças entre o que os médicos acreditam estar a divulgar e quanto dessa informação os doentes realmente percebem^{21, 24, 28}.

Num estudo onde médico e doente são agrupados em pares de forma randomizada, só 20% (dos pares) concordou que existiu comunicação sobre a natureza fatal da doença oncológica^{15, 28-29}. Em quase metade dos pares, o médico afirma ter falado sobre o prognóstico, no entanto, o doente nega. Isto apoia a ideia de que muitos doentes podem não ouvir ou entender a mensagem quando as informações sobre o prognóstico são partilhadas. Por outro lado, o prognóstico pode ser comunicado de uma forma vaga e evasiva, sendo facilmente mal interpretada¹⁵. Como tal, é importante que os clínicos avaliem o nível de entendimento que os doentes têm do seu prognóstico de modo a que os cuidados médicos e psicossociais possam ser adaptados e otimizados à realidade em questão.

Num estudo realizado por Numico et al. (2009), foram colocadas questões aos médicos acerca do conhecimento dos seus doentes relativamente ao prognóstico e objetivos do tratamento. Os resultados indicam que os médicos consideram que 55% dos doentes têm um entendimento completo do seu prognóstico. No entanto, apenas cerca de um terço dos doentes avaliou bem o seu prognóstico^{24, 30-31}. Doentes em que o médico reportou que discutiria o prognóstico naquele momento são mais propensos a reportar um prognóstico mais preciso em comparação com aqueles cujos médicos não falariam do prognóstico num futuro próximo (18.5% versus 7.6%)²⁴. No que diz respeito aos objetivos do tratamento, apesar de grande parte dos médicos (90%) informar explicitamente durante a consulta, apenas 10% verificou o entendimento do doente. A maioria dos doentes quando questionados afirmam que o tratamento irá melhorar a sua qualidade de vida, no entanto, menos de metade percebe que o tratamento não é curativo^{29, 32-35}. Estas constatações sugerem que capacidade dos doentes em tomar decisões informadas sobre o tratamento em consonância com as suas preferências é fortemente comprometida, representando um obstáculo ao planeamento dos cuidados de fim de vida.

Como já foi discutido anteriormente, apesar de os médicos revelarem grande dificuldade na exposição do prognóstico aos doentes, estes também podem não estar receptivos a abordar estas questões, recusando ativamente falar de forma muito

detalhada sobre o seu prognóstico de modo a não perderem a esperança³⁵⁻³⁷. Ansiedade e negação são dois dos fatores que contribuem negativamente para que se estabeleça uma comunicação eficaz¹. A falta de confiança nos médicos e o uso de linguagem ambígua contribuem para a ausência de entendimento e aceitação das informações³⁸. Por exemplo, inquéritos documentam que apenas 24% dos adultos estão familiarizados com o termo “cuidados paliativos”³⁹, 63% com o termo “metástase” e menos da metade entende o que “gânglios linfáticos positivos” significa⁴⁰.

Um facto importante a ressaltar é que, apesar dos oncologistas, por norma, sobrestimarem a esperança de vida dos doentes, estes ainda o fazem mais do que os seus médicos. Cerca de 80% das vezes os doentes sobrestimam a esperança de vida em relação à dada pelo seu médico, especialmente aqueles que não reportam conversas sobre o prognóstico⁴¹. Na generalidade dos casos, doentes que sobrestimam as suas hipóteses de sobrevivência são 8 vezes mais propensos a receber terapias agressivas que prolongam o tempo de vida mas com pior qualidade de vida⁴²⁻⁴³, enquanto aqueles que reconhecem que estão perante uma doença terminal tendem a preferir cuidados direcionados aos sintomas, privilegiando o conforto^{15, 29}.

Ao avaliar as consultas de oncologia, enquanto o tratamento e resultados de exames são discutidos na maioria das consultas, em apenas 50% se discute o prognóstico. Os oncologistas fazem duas vezes mais declarações de otimismo do que declarações pessimistas/realistas apesar de saberem que estão perante doentes cuja esperança de vida é cerca de 1 ano, e muito raramente enfatizam que o curso da doença não é favorável, expressando preocupação ou descontentamento em apenas 15% das consultas. Os médicos desejam ajudar os doentes com doença oncológica avançada a manterem a esperança e, portanto, tendem a focar-se nos aspetos positivos do prognóstico, como um resultado favorável ao tratamento, novas terapias ou exceções às estatísticas. No entanto, estas expressões de otimismo não foram associadas a um maior otimismo por parte dos doentes sobre a possibilidade de cura⁴⁴.

Um terço dos doentes tem afirmações discordantes: por um lado entendem que o cancro é incurável, mas, ao mesmo tempo, que a terapia pode ser curativa. Tais conflitos podem ser devidos à confusão entre o facto de saberem que apresentam uma doença progressiva sem cura, não obstante, têm esperança que a quimioterapia leve à remissão³⁴. Assim, é sugerido que a melhor prática clínica será comunicar o prognóstico de forma clara e honesta: informar o doente sobre o facto de estar perante uma doença incurável com esperança de vida limitada, ao mesmo tempo enfatizando

os aspetos positivos tal como a possibilidade de haver um tratamento para estabilização da doença e melhoria significativa dos sintomas. Deste modo, clarifica-se o entendimento do doente quanto ao prognóstico ao mesmo tempo que se nutre esperança e se é otimista quanto ao futuro^{29, 44}.

Relativamente à perceção dos doentes sobre os cuidados paliativos, um estudo recente abordou esta questão. As atitudes negativas em relação aos cuidados paliativos são frequentemente citadas pelos médicos oncologistas como uma das razões para referenciarem tardiamente os doentes. A ideia geral é que os cuidados paliativos são sinónimo de morte, dependência e cuidados nas últimas semanas de vida, quando “mais nada pode ser feito”. Como tal, é facilmente compreensível que os doentes expressem medo quando a temática dos cuidados paliativos é introduzida e que tenham resistência em aceitar esta intervenção⁴⁵⁻⁴⁶. Os doentes foram divididos de forma randomizada em 2 grupos, no qual o grupo de intervenção recebeu apoio por parte de uma equipa de cuidados paliativos durante 4 meses e o grupo de controlo recebeu apoio apenas do seu médico oncologista. No grupo de intervenção, a sensação de medo foi substituída por uma atitude de maior conforto, com a ideia de que este tipo de cuidados são de longo-prazo e não apenas numa situação de fim de vida, auxiliando no controlo de sintomas. Foi inclusivamente proposto uma mudança de nome para *cuidados continuados*, termo melhor aceite pelos doentes oncológicos

⁴⁶.

Importância da Comunicação para o doente

Doentes oncológicos em fase de doença avançada após a notícia de os tratamentos anteriores terem falhado são frequentemente confrontados com decisões difíceis quanto à possibilidade de prosseguir com terapias adicionais ou cuidados paliativos. Para esses doentes, a compreensão dos objetivos específicos do tratamento e do prognóstico desempenham um papel fundamental no processo de tomada de decisões de forma informada. Tal compreensão é particularmente relevante para doentes com doença incurável que têm uma baixa sobrevivência global ²⁹. Como tal, uma comunicação médico-doente eficaz é um pré-requisito para definir metas de cuidados e planear um futuro que reflita os valores e desejos dos doentes, potencialmente atenuando a tendência para tratamentos cada vez mais agressivos e onerosos ^{15, 44, 47-49}.

Apesar de as conversas de fim de vida oferecerem aos doentes a oportunidade de definir os seus objetivos e expectativas dos cuidados médicos de acordo com as suas preferências, estas discussões também significam confrontar o doente com a realidade de que a vida é finita num futuro próximo, causando grande sofrimento psicológico ⁴². Reconhece-se que uma compreensão de que se está perante uma doença terminal está associada a uma pior qualidade de vida, sintomas ansiosos e tristeza ^{15, 29}. Esta é uma descoberta importante uma vez que estudos anteriores sugeriam que as discussões de fim da vida não estariam relacionadas com maior sofrimento psicológico ⁴². Não significa isto que os doentes em estado avançado percam a esperança ou morram mais cedo como resultado destas conversas ^{26, 50}. Não obstante, à medida que os doentes vão obtendo uma compreensão mais precisa da natureza fatal da doença, necessitam de um maior suporte do ponto de vista psicossocial para auxiliar a lidar com a situação. É possível que a qualidade da comunicação médico-doente desempenhe um papel fulcral na resposta psicológica adaptativa dos doentes. Para além disso, é fundamental identificar doentes em risco que necessitem de apoio psicológico especializado encaminhando-os para serviços adequados de suporte ^{29, 41}.

Assim, a divulgação prognóstica por parte do médico não está associada a dano no bem-estar emocional do doente nem a prejuízo na relação médico-doente ¹⁵. Definir objetivos realistas fornece aos doentes e familiares um caminho de modo a manterem a esperança, à luz de uma doença que ameaça a vida. Adicionalmente, é referido que uma exposição honesta e empática por parte do médico é acompanhada de uma responsabilidade notória de cuidar pelo bem-estar e saúde do doente, proporcionando-lhe uma sensação de conforto e segurança ⁵¹⁻⁵². Além do mais, a

explicação dos tratamentos possíveis e o envolvimento do doente na sua escolha contribuem para a sua satisfação, sentindo-se informado e um participante ativo no seu futuro⁵³.

.

Fatores relacionados com o Médico que influenciam a comunicação médico-doente

Os médicos sentem-se inseguros e mal preparados para abordarem os doentes sobre o prognóstico e a possibilidade de a morte ocorrer, especialmente em transmitir informações sobre o agravamento da doença e ao mesmo tempo promover a esperança⁵⁴. Alguns clínicos descrevem-se como "*informadores*", o que implica uma comunicação unidirecional, levantando-se a questão deste comportamento ser uma estratégia de autoproteção⁵⁴⁻⁵⁵. As atitudes dos médicos têm um impacto considerável sobre se e quando estas discussões ocorrem, mostrando estes resistência em iniciá-las enquanto o doente não tem sintomas ou não esgotou todas as opções de tratamento¹.

As consequências adversas de uma má comunicação são substanciais, incluindo dificuldade de adaptação à situação clínica por parte do doente e família, sofrimento por parte do médico com aumento dos níveis de stress, vulnerabilidade para o *burnout* e conflitos entre a equipa de saúde, assim como o aumento dos custos decorrentes de tratamentos desnecessários e excessivamente agressivos^{54, 56}.

Desconforto em abordar assuntos relacionados com a morte

Os oncologistas revelam desconforto em falar sobre a morte em contexto oncológico, mencionando que ainda é um tabu, sendo uma situação geradora de stress tanto para os doentes como para os médicos. O desconforto aumenta quando o médico e o doente já se conhecem há bastante tempo. Para além disso, os médicos não se sentem com competências ao nível da comunicação que permitam gerir as reações emocionais e comportamentos dos doentes^{1, 45, 57}.

Dificuldade em lidar com as emoções

Muitos médicos não estão confortáveis em lidar com as respostas emocionais dos doentes por várias razões, nomeadamente falta de treino em competências de comunicação e a perceção de serem incapazes de ajudar o doente, assumindo que o sofrimento emocional é uma consequência normal do cancro. De facto, lidar com as emoções exige algum tempo durante a consulta para além de poder ser um *fardo* emocional para o clínico e tornar-se num momento particularmente desconfortável sendo, por isso, evitado⁵⁸⁻⁵⁹. A tristeza e a raiva foram

indicadas como as emoções mais difíceis de lidar. Frequentemente os doentes tendem a rejeitar ou negar as más notícias, dificultando ao oncologista a introdução ou continuação da discussão⁴⁵.

O sofrimento emocional, particularmente sobre a forma de ansiedade e depressão, é comum entre os doentes oncológicos, com uma prevalência de 30-50%. No entanto, os médicos apenas conseguem detetar cerca de 30% dos casos⁶⁰. Muitos dos doentes optam por não revelar preocupações emocionais, pois acreditam não fazer parte do papel do oncologista ajudá-los com os seus problemas psicológicos⁵⁹. De facto, os médicos são vistos pelos doentes como pessoas muito ocupadas, não devendo ser sobrecarregados com as suas preocupações, que receiam que sejam pouco razoáveis ou inadequadas. Como tal, os doentes podem fornecer indicações indiretas ou sugestões sobre os seus receios, criando oportunidades ou momentos que imploram respostas empáticas por parte dos clínicos⁶¹. Tais indicações podem ser fornecidas de duas formas: explicitamente, descrevendo verbalmente as suas preocupações, ou implicitamente, nas quais as emoções são expostas de maneira não verbal, como pela alteração do tom de voz, expressões faciais e corporais. O comportamento não verbal é menos fácil de interpretar, particularmente por pessoas que não foram especialmente treinadas nesta área^{59-60, 62-63}. Muitos clínicos assumem que os doentes vão mencionar os seus problemas psicológicos e angústias durante as consultas, no entanto, somente cerca de 50% expõem as suas preocupações^{61, 64}, sendo que apenas em 17% dos casos estas são expressas verbalmente⁶⁵. Portanto, é muito importante que os clínicos estejam conscientes das formas subentendidas de como os doentes exteriorizam os sentimentos⁵⁹.

Vários estudos documentam que, tal como outros médicos de outras áreas, os oncologistas raramente respondem de forma empática às expressões de preocupação do foro emocional dos doentes⁶⁶⁻⁶⁷, retribuindo em sintonia apenas 22% das vezes⁶⁸. Técnicas de distanciamento como mudar de tópico, ignorar as dicas dos doentes, banalizar o problema e oferecer uma falsa tranquilização são frequentemente usadas para evitar lidar com os problemas psicológicos dos doentes⁵⁹.

Expectativas irrealistas

As expectativas irrealistas dos doentes, a sua infinita confiança e fé na Medicina são muitas vezes um problema para o oncologista, causando grande desconforto e ansiedade, especialmente quando há a crença de que a progressão ou recidiva da doença é uma falha pessoal⁴⁵. Os clínicos que consideram que a cura é

um sucesso e os cuidados paliativos uma falha são mais propensos a sentirem-se culpados nestas situações.

Ao trabalhar em oncologia, muitas vezes não é possível ir ao encontro das expectativas dos doentes, pois, pelo menos no momento do diagnóstico, todos esperam ser curados. Nestas situações, pode ser difícil “bloquear” o otimismo do doente. Dizer que as possibilidades de cura são limitadas pode ajudar o oncologista a lidar com um doente demasiado otimista. Para além disso, apenas raramente os doentes não compreendem que a Medicina tem limites e, na maioria das vezes, são muito gratos pelos cuidados que lhes são dados^{9, 69}.

Acordo mútuo entre médico e doente - O falso realismo

Tendo em conta toda a informação explorada até agora sobre a comunicação do prognóstico a doentes com doença oncológica avançada, duas linhas de pensamento dominam. A primeira sugere que os doentes querem estimativas precisas do seu prognóstico e que estas são benéficas por permitirem que o futuro seja planeado de forma consistente com os seus valores. A segunda sugere que os doentes desejam, acima de tudo, manter a esperança, dificultando a tarefa do oncologista quando se está perante um prognóstico pouco favorável, muitas vezes sobrestimando a esperança de vida para que não abalem a esperança dos doentes. Como tal, um acordo tácito pode ser feito entre o médico e o doente para desviar ou atrasar a discussão sobre o prognóstico e estimativa da esperança de vida, assumindo que o que os doentes não perguntam, não querem saber. O dito “ativismo médico” permite que este se concentre em programar o tratamento, marcar exames, ignorando o curso mais provável da doença e proporcionando um ambiente emocionalmente menos desgastante. Deste modo, cria-se um falso realismo, resultado tanto da relutância do médico em fornecer informações claras como também por parte dos doentes que se absterem de fazer perguntas. De acordo com investigadores, este “acordo” inconsciente é feito para que o otimismo seja preservado durante grande parte do tratamento até que os doentes comecem a deteriorar-se fisicamente⁷⁰⁻⁷¹. O médico não se quer pronunciar sobre uma “sentença de morte” e o doente também não quer ouvir.

Algumas correntes de pensamento argumentam que tal acordo não é eticamente correto por parte do oncologista. No entanto, outros afirmam que tal pode ser justificado pelo facto de que alguns doentes declaram que não querem ser informados (dados fornecidos no tópico “o que querem os doentes saber?”). Assim,

preserva-se a esperança reconhecendo a incerteza inicial do prognóstico e permitindo que as informações surjam ao longo do tempo à medida que os doentes se vão apercebendo que o seu estado de saúde se está a deteriorar, aumentando a sua recetividade para estas conversas⁷⁰.

É de consenso geral que a preservação da esperança é um objetivo vital nos doentes oncológicos em fase avançada de doença. A pergunta que fica por responder é: como podem os oncologistas comunicar um prognóstico desfavorável de forma honesta e ao mesmo tempo preservar a esperança dos doentes?

Receio de diminuir a esperança dos doentes

Muitos oncologistas têm a grande preocupação se, ao partilhar informações sobre o prognóstico, vão abolir a esperança dos doentes no futuro e se isso influencia de forma desfavorável a visão que estes têm do seu médico. Algumas evidências sugerem que, pelo menos a curto prazo, os médicos que falam sobre o prognóstico são vistos de forma menos positiva, como menos confiáveis e insensíveis. No entanto, como já foi mencionado, a divulgação do prognóstico não prejudica a relação oncologista-doente^{15, 41, 72}.

Manter a esperança é uma função bem descrita na relação terapêutica médico-doente em oncologia⁷³. Num estudo realizado com o objetivo de reconhecer quais as técnicas de comunicação adotadas pelos médicos vistas pelos doentes oncológicos como facilitadoras de esperança, identificou vários pontos: o médico mostrar-se o mais informado possível sobre a doença (87%), a oferta do tratamento mais atualizado (90%), ser informado de todas as opções possíveis (83%) e ser dito que a dor pode ser controlada (87%). Por outro lado, os comportamentos que diminuem a esperança dos doentes são: o médico estar nervoso ou desconfortável (91%), dar o prognóstico primeiro à família (87%), uso de eufemismos (82%) e evitar falar sobre o cancro discutindo apenas o tratamento (75%). Como tal, uma clara maioria dos doentes afirma que a divulgação da informação de forma individualizada e realista por um médico confiante e atento é a forma ideal de revelação, ao invés de uma abordagem de fuga, evitando as conversas mais difíceis. A discussão do prognóstico de forma detalhada, dando a oportunidade ao doente para fazer perguntas e verificando a sua compreensão são também abordagens preferidas⁷⁴. De facto, a consciencialização não pode ser forçada ao doente, pode ser apenas suportada.

Pedido de familiares para ocultar informações

Discutir problemas sobre o prognóstico e fim de vida com doentes oncológicos em fase avançada e suas famílias é desafiante para os profissionais de saúde. A dificuldade em gerir as preocupações dos membros da família ao mesmo tempo respeitando os direitos e bem-estar do doente aumenta a complexidade desta tarefa. Os clínicos frequentemente enfrentam o dilema de “quanto dizer e a quem dizer?”, especialmente na área da Oncologia. A situação em que a família solicita ao médico que oculte o diagnóstico ou o prognóstico é descrita como uma dificuldade que exige um equilíbrio delicado entre o pedido da família versus o direito do doente à informação, autonomia, não maleficência e confidencialidade.

A maioria dos doentes são acompanhados por um ou mais familiares durante as consultas, geralmente referido como um meio de apoio e conforto. No entanto, apesar de 76% dos doentes preferir ser informado de más notícias com familiares presentes na sala, mais de 80% não quer que apenas a sua família seja informada ou que esta seja informada antes¹⁷. Os familiares podem estar muito preocupados em proteger o doente de informações que podem ser dolorosas e, portanto, podem impedir direta ou indiretamente o oncologista de falar sobre um prognóstico trágico e/ou cuidados paliativos⁴⁵. Alguns oncologistas relatam estas disputas familiares como uma barreira à comunicação eficaz com o doente, confessando que entre 30-50% das consultas recebem pedidos de familiares para limitar a informação exposta ao doente^{56, 75-76}.

Os clínicos abordam esta problemática de variadas formas. Alguns tentam construir uma relação de confiança com a família, incentivando-a a ter uma conversa aberta e reconhecer a condição do doente. Os médicos tentam explicar à família que os doentes podem estar moderadamente conscientes da situação avançada em que se encontram, podendo ser muito assustador e promover o isolamento não falar abertamente sobre o assunto. Por outro lado, alguns médicos esclarecem de antemão o que é que a família quer que o doente saiba, tranquilizando-os que vão respeitar esse pedido, não levantando a questão com o doente. No entanto, alertam a família que, caso o doente lhes faça perguntas e queira ser informado, vão responder de forma honesta e sincera^{75, 77}.

Dificuldade de transição para cuidados paliativos

Em oposição com as diretrizes internacionais da Organização Mundial de Saúde que recomendam a discussão e introdução dos cuidados paliativos relativamente cedo no percurso da doença, estes geralmente ocorrem apenas poucas semanas antes da morte^{26, 78-79}. Os médicos afirmam que é difícil interromper o tratamento médico curativo e concentrarem-se nos cuidados paliativos uma vez que consideram uma falha enquanto profissionais, gerando sentimentos de fracasso, frustração, culpa e impotência assim como o desejo de se afastarem e evitarem os doentes para escapar desses sentimentos^{23, 80}. Os profissionais protegem-se destas conversas focando-se somente nos aspetos biomédicos do tratamento, fornecendo aos doentes informações demasiado técnicas⁵⁵. Uma vez que os oncologistas estão focados em curar os doentes, continuam a oferecer mais intervenções e tratamentos muitas vezes inúteis e que têm influência na qualidade de vida do doente. Este “*modo desafiador da morte*” dos cuidados oncológicos é referido como uma barreira na comunicação, contribuindo para a falha em identificar os valores do doente e familiares assim como pouca clareza dos objetivos dos cuidados médicos⁵⁷.

O papel da quimioterapia na doença terminal é uma questão complexa. Uma vez que a quimioterapia está cada vez mais disponível e é mais bem tolerada, está a ser cada vez mais utilizada em alturas próximas da morte. Cerca de 20% dos doentes em estado metastático iniciam um novo regime de quimioterapia nas 2 semanas antes do seu falecimento⁸⁰⁻⁸¹. Em última análise, a sua utilização implica uma avaliação oncológica sofisticada, focando-se nos objetivos do doente e na perspetiva do oncologista, isto é, se o doente tem a consciência de que a quimioterapia não vai curar e pode até piorar o estado de saúde uma vez que se trata de um tratamento agressivo com vastos efeitos secundários. Deste modo, restringe-se a utilização de recursos onerosos com poucas hipóteses de benefício⁸⁰.

Existem situações em que o oncologista considera que não deve ser realizado mais nenhum tratamento com quimioterapia, mas o doente tem grande dificuldade em aceitar, expressando sentimentos de desamparo e abandono. Estas são respostas normais em virtude da perda de controlo, incapacidade de lidar com um futuro incontável ou um medo subjacente à morte⁸². Nestes casos, algumas estratégias para gerir a situação são sugeridas: reunir a família (caso esta tenha estado presente durante o percurso de tratamento) e informar todos da situação; dar acesso aos últimos estudos médicos e seus resultados; escrever concretamente as opções a seguir no futuro, orientando para objetivos reais e apropriados. Na maioria das vezes os doentes e famílias simplesmente necessitam de mais tempo para se adaptarem a

uma nova e difícil situação. Os clínicos devem enfatizar o seu apoio incondicional, garantindo um controlo agressivo de quaisquer sintomas⁸⁰. De facto, os cuidados paliativos deveriam fazer parte de um *continuum* de cuidados mais amplo, em que doentes que desejam continuar com tratamento anticancerígeno recebam ao mesmo tempo cuidados paliativos para controlo de sintomas, evitando, portanto, alterações abruptas e drásticas para os doentes⁸²⁻⁸³.

Dificuldade em prever a evolução clínica

“Quanto tempo tenho de vida, Doutor?” É uma questão central nas pessoas com doença em fase avançada. A comunicação do prognóstico consiste de dois domínios distintos: a previsão (uma estimativa cognitiva silenciosa que o médico faz em relação ao doente) e a comunicação dessa previsão ao doente e familiares³³. Vários estudos sugerem que os médicos são imprecisos e excessivamente otimistas ao prever a sobrevivência dos doentes com cancro em estadio avançado¹. De facto, é bastante difícil prever com precisão o curso futuro da doença assim como decidir se a condição de saúde do doente justifica a continuação de tratamento com intenção curativa. Para além disso, os recentes avanços terapêuticos resultaram num aumento muito significativo da sobrevivência, complicando ainda mais a capacidade dos clínicos em estimar o prognóstico e aconselhar os doentes sobre suas opções de tratamento⁸⁴. Assim, a afirmação “É extremamente difícil dar qualquer indicação do prognóstico geral porque cada doente é único” é logo imediatamente seguida de uma oferta de tratamento. Mais uma vez é enfatizado que “nunca se sabe como o doente reagirá à terapia” e “Só se poderá ter mais informações após os resultados da quimioterapia estarem disponíveis”⁷¹.

Alguns médicos tentam reduzir a sua incerteza sobre o prognóstico esperando por uma progressão da doença, manifestação de sintomas graves ou que a condição se torne aguda apesar da administração de terapia de primeira linha. Como tal, as discussões tendem a ser iniciadas quando todos os tratamentos curativos são esgotados ou provoquem complicações mais graves que benefícios⁸⁵.

Médicos especialistas e, mais recentemente, o *Institute of Medicine*, recomendam que a comunicação sobre o prognóstico comece na altura do diagnóstico e continue à medida que o estado de saúde do doente evolui. A integração de tais conversas no cuidado longitudinal dos doentes permite que os clínicos incorporem novas informações e ajudem os doentes nas decisões relativas ao tratamento⁸⁴.

Consequências para o médico

A relação médico-doente é fundamentalmente assimétrica: as necessidades e interesses dos doentes são o único foco enquanto as emoções dos médicos são irrelevantes. O desapego tem sido promovido como condição necessária para uma boa prática médica. No entanto, pesquisas recentes indicam que a aceitação por parte dos oncologistas das suas próprias respostas emocionais e empáticas não influencia necessariamente a capacidade de julgamento clínico objetivo, mas é, de facto, uma atitude apropriada para quem, tal como os oncologistas, apoia na tomada de decisões de fim de vida ⁴⁵.

No cenário da doença oncológica, a intenção do médico em iniciar a difícil conversa sobre os cuidados paliativos é muitas vezes dificultada pela acumulação de más notícias, falha do tratamento, sofrimento do doente, em combinação com encargos administrativos crescentes e restrições de tempo. Isso pode angustiar o médico, manifestando-se como depressão, ansiedade, fadiga e eventualmente *burnout*. Na vida dos profissionais de saúde, o termo *burnout* é usado para descrever o estado psicológico resultante de um período prolongado de altos níveis de stress profissional. Originalmente era um conceito utilizado como o resultado do contacto com pessoas em sofrimento. Caracteriza-se por exaustão emocional e física, despersonalização e baixa produtividade. De facto, em estudos envolvendo oncologistas, 38%-51% dos médicos sofrem de exaustão e 25-31% de despersonalização ^{45, 86}. Com certeza, ainda mais importante, é a relação entre *burnout* e a qualidade comprometida do cuidado do doente. Por exemplo, o burnout pode tornar ainda mais difícil trabalhar com pessoas com prognóstico reservado.

Impacto potencial da falta de reconhecimento emocional por parte do médico:

- Solidão profissional;
- Perda de sentido da missão profissional;
- Perda de clareza acerca dos objetivos da Medicina;
- Cinismo, desamparo, desesperança e frustração;
- Desprezo pelo sistema de saúde e a prática médica;
- Perda de sentido do doente como um ser humano;
- Falha em identificar os valores do doente e familiares como influenciadores das decisões médicas;
- Sobreuso de tecnologias “life sustaining” devido à evasão recorrente de conversas decisivas sobre o tratamento e falta de clareza sobre os objetivos dos cuidados médicos ⁴⁵.

Reconhecer, aceitar e refletir sobre a normalidade de tais sentimentos permite que o profissional faça uma escolha consciente sobre como proceder nessas situações. Encontrar um colega confiável com quem se possa confidenciar pode prevenir o isolamento, melhorar a objetividade e evitar o *burnout*⁸⁰.

Benefícios da formação em Competências de Comunicação

Oncologistas que, para além de um papel biomédico, reconhecem ter um claro papel no apoio psicossocial - ajudando o doente com doença avançada oncológica e família a lidar com a situação e aceitar o processo da morte - descrevem relações mais próximas com os doentes, não vêem a progressão da doença como uma falha pessoal, estão mais satisfeitos com os cuidados e apoio de fim de vida que fornecem e apresentam marcadores mais baixos de *burnout*. Por outro lado, os oncologistas que não apresentam um método claro de comunicação falam da frustração e desamparo de não conseguirem influenciar o resultado em situações difíceis apesar do intenso desejo em fazerem-no⁸⁷.

A ampla pesquisa feita sobre esta temática indica que o paradigma de observar o “especialista” não é o ideal, e essa experiência por si só não melhora as capacidades de comunicação dos médicos. Para munir um oncologista com as capacidades necessárias para um melhor trabalho de comunicação, o currículo de aprendizagem deve incluir uma definição de expectativas de desempenho, isto é, deve ser mostrado não só o que é adequado mas também o que constitui excelência, oferecendo oportunidades para a prática e reflexão assim como um amplo feedback⁸⁸.

No entanto, existe uma lacuna entre a reconhecida importância das capacidades de comunicação e a educação atualmente disponível e fornecida. Apenas aproximadamente 5% dos oncologistas receberam educação formal em comunicação⁸⁹. Como tal, o treino em Competências de Comunicação deve ser parte do currículo médico, tanto para facilitar a discussão do fim da terapia antineoplásica quanto na transição para o tratamento paliativo e, simultaneamente, para proteger os médicos da sua própria angústia. Várias orientações, consensos e modelos foram propostos sobre Competências de Comunicação nos últimos 30 anos. Os ensaios clínicos randomizados e estudos pré-observacionais / pós-observacionais realizados em diferentes contextos culturais tendem a confirmar que os médicos que participaram em formações/workshops sobre Competências de Comunicação tiveram melhorias significativas em muitas áreas da comunicação, aumentando a empatia e a capacidade de encorajar os doentes a fazerem perguntas; evocando e validando as

preocupações dos doentes; fazendo perguntas mais abertas e fornecendo apoio emocional⁹⁰. Em particular, os médicos que fornecem mais informações aos doentes sobre questões específicas como diagnóstico, prognóstico e tratamento recebem notas mais altas quando avaliadas as suas capacidades de comunicação⁹¹.

Um estudo em particular que gostaria de mencionar demonstra a eficácia do Oncotalk[®], um modelo de ensino de comunicação projetado para médicos oncologistas. A abordagem consiste em workshops envolvendo 5 doentes simulados com cancro em diferentes fases críticas da trajetória da doença, usando abordagens passo-a-passo para tarefas específicas de comunicação, nomeadamente desenvolvimento de uma relação, lidar com a incerteza, dar más notícias, transição para cuidados paliativos e discutir uma possibilidade de "*do-not-ressuscitate*". Os 115 participantes do Oncotalk[®] demonstraram um aumento substancial de novas competências de comunicação, designadamente uma maior adesão ao protocolo SPIKES para as más notícias, no qual os participantes começaram com uma mediana de 8 competências (num total de 14) e adquiriram uma mediana de 6 novas competências. Para além disso, adquiriram técnicas de como abordar de forma empática a difícil transição para os cuidados paliativos, na medida em que passaram a perguntar mais sobre os medos e angústias dos doentes e respondendo à emoção⁹².

Assim, alcançar o sucesso nestas difíceis tarefas de comunicação permite que o médico se veja como um agente terapêutico que tem a capacidade de ter um impacto positivo no apoio psicossocial do doente e família, independentemente do resultado do tratamento médico. Através de uma comunicação efetiva, os médicos construirão relacionamentos mais próximos, contribuindo para o aumento da satisfação no trabalho e diminuição do *burnout*⁸⁷.

Conclusão

As Competências de Comunicação são fundamentais para aumentar a confiança dos médicos em conduzir conversas emocionalmente exigentes, oferecendo um suporte de primeira linha aos doentes⁵⁴. O papel do oncologista em lidar com problemas psicológicos deve incluir competências em falar sobre problemas emocionais, compreensão de como gerar empatia e os princípios gerais da psicoterapia⁵⁸. Uma abordagem centrada no doente é aquela em que se lida com este de forma holística ao invés de apenas centrada na doença física, e em que as suas necessidades e desejos são colocados em primeiro lugar. Uma vez que muitos dos doentes não revelam espontaneamente dificuldades emocionais durante as consultas, os clínicos necessitam de abordar a comunicação de forma apropriada de forma a obter essas informações como, por exemplo, através da criação de uma atmosfera onde os doentes se sintam confortáveis⁵⁹. Talvez a técnica mais importante seja o uso de uma escuta ativa, envolvendo contacto ocular, uma postura atenta, mostrando interesse e posteriormente resumir o que foi dito, auxiliando, deste modo, o médico a perceber os sentimentos do doente ao mesmo tempo transmitindo empatia. Expressar empatia envolve reconhecer os sentimentos do doente como válidos, apropriados e pertinentes^{59, 82}. Uma abordagem empática fortalece a relação médico-doente assim como aumenta a satisfação, facilita a divulgação de preocupações futuras e aumenta a probabilidade de os doentes aderirem ao tratamento^{68, 91}.

São necessárias mais pesquisas para analisar quais tipos de programas focados em Competências de Comunicação em oncologia são mais propensos a funcionar, quais os seus efeitos a longo prazo e o papel específico dos antecedentes socioculturais dos pacientes⁹⁰. O maior desafio neste campo é que os investigadores criem intervenções efetivas de comunicação com doentes e médicos que possam ser integradas no quotidiano da clínica⁹¹.

O presente trabalho serviu para me inteirar de uma temática que sem dúvida faz toda a diferença no tratamento de doentes, especialmente aqueles de pior prognóstico como os doentes oncológicos. Ao longo de todo o curso de Medicina é necessário focarmo-nos em aspetos teóricos de extrema complexidade e penso que a aprendizagem sobre a relação médico-doente é um pouco esquecida. Após a imensa pesquisa feita que deu fruto a este trabalho, apercebi-me que muitos dos estudos são realizados em hospitais multidisciplinares semelhantes ao Centro Hospitalar do Porto. Uma vez que o nosso hospital também tem doentes oncológicos, seria de extrema importância perceber-se qual é o nosso panorama, qual a opinião dos médicos quanto ao desconforto da relação com os seus doentes oncológicos assim como a opinião

dos próprios doentes. Deste modo, poderiam ser criadas estratégias de aprendizagem para os nossos médicos de forma a melhorar os cuidados fornecidos no hospital.

Referências Bibliográficas

1. Bernacki, R. E.; Block, S. D.; American College of Physicians High Value Care Task, F., Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* **2014**, *174* (12), 1994-2003.
2. Baile, W.; Lenzi, R.; Parker, P.; Buckman, R.; Cohen, L., *Oncologists' Attitudes Toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study*. 2002; Vol. 20, p 2189-96.
3. Baile, W. F.; Aaron, J., Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology* **2005**, *17* (4), 331-335.
4. Arora, N. K., Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* **2003**, *57* (5), 791-806.
5. Parker, P. A.; Davison, B. J.; Tishelman, C.; Brundage, M. D.; Team, S. C., What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting? *Psychooncology* **2005**, *14* (10), 848-58; discussion 859-60.
6. Back, A. L.; Anderson, W. G.; Bunch, L.; Marr, L. A.; Wallace, J. A.; Yang, H. B.; Arnold, R. M., Communication about cancer near the end of life. *Cancer* **2008**, *113* (S7), 1897-1910.
7. Kirk, P.; Kirk, I.; Kristjanson, L. J., What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ : British Medical Journal* **2004**, *328* (7452), 1343-1343.
8. Surbone, A., Persisting differences in truth telling throughout the world. *Support Care Cancer* **2004**, *12* (3), 143-6.
9. Stiefel, F.; Razavi, D., Informing About Diagnosis, Relapse and Progression of Disease — Communication with the Terminally Ill Cancer Patient. In *Communication in Cancer Care*, Stiefel, F., Ed. Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg, 2006; pp 37-46.
10. Back, A. L.; Arnold, R. M., Discussing prognosis: "how much do you want to know?" talking to patients who are prepared for explicit information. *J Clin Oncol* **2006**, *24* (25), 4209-13.
11. Walczak, A.; Butow, P. N.; Davidson, P. M.; Bellemore, F. A.; Tattersall, M. H.; Clayton, J. M.; Young, J.; Mazer, B.; Ladwig, S.; Epstein, R. M., Patient perspectives regarding communication about prognosis and end-of-life issues: how can it be optimised? *Patient Educ Couns* **2013**, *90* (3), 307-14.
12. Jenkins, V.; Fallowfield, L.; Saul, J., Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer* **2001**, *84* (1), 48-51.
13. Fallowfield, L.; Lipkin, M.; Hall, A., Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology* **1998**, *16* (5), 1961-1968.
14. Jenkins, V.; Fallowfield, L.; Saul, J., Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* **2001**, *84* (1), 48-51.
15. Enzinger, A. C.; Zhang, B.; Schrag, D.; Prigerson, H. G., Outcomes of Prognostic Disclosure: Associations With Prognostic Understanding, Distress, and Relationship With Physician Among Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* **2015**, *33* (32), 3809-16.
16. Miccinesi, G.; Bianchi, E.; Brunelli, C.; Borreani, C., End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. *Eur J Cancer Care (Engl)* **2012**, *21* (5), 623-33.
17. Umezawa, S.; Fujimori, M.; Matsushima, E.; Kinoshita, H.; Uchitomi, Y., Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* **2015**, *121* (23), 4240-9.
18. Hagerty, R. G.; Butow, P. N.; Ellis, P. A.; Lobb, E. A.; Pendlebury, S.; Leighl, N.; Goldstein, D.; Lo, S. K.; Tattersall, M. H., Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *J Clin Oncol* **2004**, *22* (9), 1721-30.
19. Kaplowitz, S. A.; Campo, S.; Chiu, W. T., Cancer Patients' Desires for Communication of Prognosis Information. *Health Communication* **2002**, *14* (2), 221-241.

20. Fallowfield, L. J.; Jenkins, V. A.; Beveridge, H. A., Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* **2002**, *16* (4), 297-303.
21. Daugherty, C. K.; Hlubocky, F. J., What Are Terminally Ill Cancer Patients Told About Their Expected Deaths? A Study of Cancer Physicians' Self-Reports of Prognosis Disclosure. *Journal of Clinical Oncology* **2008**, *26* (36), 5988-5993.
22. Gattellari, M.; Voigt, K. J.; Butow, P. N.; Tattersall, M. H. N., When the Treatment Goal Is Not Cure: Are Cancer Patients Equipped to Make Informed Decisions? *Journal of Clinical Oncology* **2002**, *20* (2), 503-513.
23. Keating, N. L.; Landrum, M. B.; Rogers, S. O.; Baum, S. K.; Virnig, B. A.; Huskamp, H. A.; Earle, C. C.; Kahn, K. L., Physician Factors Associated with Discussions about End-of-Life Care. *Cancer* **2010**, *116* (4), 998-1006.
24. Liu, P. H.; Landrum, M. B.; Weeks, J. C.; Huskamp, H. A.; Kahn, K. L.; He, Y.; Mack, J. W.; Keating, N. L., Physicians' propensity to discuss prognosis is associated with patients' awareness of prognosis for metastatic cancers. *J Palliat Med* **2014**, *17* (6), 673-82.
25. Koedoot, C. G.; Oort, F. J.; de Haan, R. J.; Bakker, P. J. M.; de Graeff, A.; de Haes, J. C. J. M., The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are. *European Journal of Cancer* **2004**, *40* (2), 225-235.
26. Mack, J. W.; Cronin, A.; Taback, N.; Huskamp, H. A.; Keating, N. L.; Malin, J. L.; Earle, C. C.; Weeks, J. C., End-of-life discussions among patients with advanced cancer: A cohort study. *Annals of internal medicine* **2012**, *156* (3), 204-210.
27. Bostick, N.; Sade, R.; W McMahon, J.; Benjamin, R., *Report of the American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs: withholding information from patients: rethinking the propriety of "therapeutic privilege"*. 2006; Vol. 17, p 302-6.
28. Fried, T. R.; Bradley, E. H.; O'Leary, J., Prognosis Communication in Serious Illness: Perceptions of Older Patients, Caregivers, and Clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society* **2003**, *51* (10), 1398-1403.
29. El-Jawahri, A.; Traeger, L.; Park, E. R.; Greer, J. A.; Pirl, W. F.; Lennes, I. T.; Jackson, V. A.; Gallagher, E. R.; Temel, J. S., Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer* **2014**, *120* (2), 278-85.
30. Leighl, N. B.; Shepherd, H. L.; Butow, P. N.; Clarke, S. J.; McJannett, M.; Beale, P. J.; Wilcken, N. R. C.; Moore, M. J.; Chen, E. X.; Goldstein, D.; Horvath, L.; Knox, J. J.; Krzyzanowska, M.; Oza, A. M.; Feld, R.; Hedley, D.; Xu, W.; Tattersall, M. H. N., Supporting Treatment Decision Making in Advanced Cancer: A Randomized Trial of a Decision Aid for Patients With Advanced Colorectal Cancer Considering Chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* **2011**, *29* (15), 2077-2084.
31. Numico, G.; Anfossi, M.; Bertelli, G.; Russi, E.; Cento, G.; Silvestris, N.; Granetto, C.; Di Costanzo, G.; Occelli, M.; Fea, E.; Garrone, O.; Gasco, M.; Colantonio, I.; Merlano, M., The process of truth disclosure: an assessment of the results of information during the diagnostic phase in patients with cancer. *Annals of Oncology* **2009**, *20* (5), 941-945.
32. Tattersall, M. H.; Gattellari, M.; Voigt, K.; Butow, P. N., When the treatment goal is not cure: are patients informed adequately? *Supportive Care in Cancer* **2002**, *10* (4), 314-321.
33. Chow, E.; Andersson, L.; Wong, R.; Vachon, M.; Hruby, G.; Franssen, E.; Fung, K. W.; Harth, T.; Pach, B.; Pope, J.; Connolly, R.; Schueller, T.; Stefaniuk, K.; Szumacher, E.; Hayter, C.; Finkelstein, J.; Danjoux, C., Patients with Advanced Cancer: A Survey of the Understanding of Their Illness and Expectations from Palliative Radiotherapy for Symptomatic Metastases. *Clinical Oncology* **2001**, *13* (3), 204-208.
34. Temel, J. S.; Greer, J. A.; Admane, S.; Gallagher, E. R.; Jackson, V. A.; Lynch, T. J.; Lennes, I. T.; Dahlin, C. M.; Pirl, W. F., Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* **2011**, *29* (17), 2319-26.

35. Hagerty, R. G.; Butow, P. N.; Ellis, P. M.; Dimitry, S.; Tattersall, M. H. N., Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology* **2005**, *16* (7), 1005-1053.
36. Hancock, K.; Clayton, J. M.; Parker, S. M.; Walder, S.; Butow, P. N.; Carrick, S.; Currow, D.; Ghera, D.; Glare, P.; Hagerty, R.; Tattersall, M. H. N., Discrepant Perceptions About End-of-Life Communication: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* **2007**, *34* (2), 190-200.
37. McClement, S. E.; Chochinov, H. M., Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer* **2008**, *44* (8), 1169-1174.
38. Weeks, J. C.; Catalano, P. J.; Cronin, A.; Finkelman, M. D.; Mack, J. W.; Keating, N. L.; Schrag, D., Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* **2012**, *367* (17), 1616-25.
39. Wehri, K., *Living well at the end of life: a national conversation*. 2011; Vol. 30, p 38-9.
40. Chapman, K.; Abraham, C.; Jenkins, V.; Fallowfield, L., Lay understanding of terms used in cancer consultations. *Psychooncology* **2003**, *12* (6), 557-66.
41. Epstein, A. S.; Prigerson, H. G.; O'Reilly, E. M.; Maciejewski, P. K., Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* **2016**, *34* (20), 2398-403.
42. Wright, A. A.; Zhang, B.; Ray, A.; Mack, J. W.; Trice, E.; Balboni, T.; Mitchell, S. L.; Jackson, V. A.; Block, S. D.; Maciejewski, P. K.; Prigerson, H. G., Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* **2008**, *300* (14), 1665-73.
43. Weeks, J. C.; Cook, E.; O'Day, S. J.; et al., Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* **1998**, *279* (21), 1709-1714.
44. Robinson, T. M.; Alexander, S. C.; Hays, M.; Jeffreys, A. S.; Olsen, M. K.; Rodriguez, K. L.; Pollak, K. I.; Abernethy, A. P.; Arnold, R.; Tulskey, J. A., Patient-oncologist communication in advanced cancer: predictors of patient perception of prognosis. *Support Care Cancer* **2008**, *16* (9), 1049-57.
45. Horlait, M.; Chambaere, K.; Pardon, K.; Deliens, L.; Van Belle, S., What are the barriers faced by medical oncologists in initiating discussion of palliative care? A qualitative study in Flanders, Belgium. *Support Care Cancer* **2016**, *24* (9), 3873-81.
46. Caprio, A. J., Palliative care: renaming as supportive care and integration into comprehensive cancer care. *CMAJ* **2016**, *188* (10), 711-2.
47. Steinhauser, K. E.; Christakis, N. A.; Clipp, E. C.; McNeilly, M.; McIntyre, L.; Tulskey, J. A., Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* **2000**, *284* (19), 2476-2482.
48. Chastek, B.; Harley, C.; Kallich, J.; Newcomer, L.; Paoli, C. J.; Teitelbaum, A. H., Health Care Costs for Patients With Cancer at the End of Life. *Journal of Oncology Practice* **2012**, *8* (6), 75s-80s.
49. Silveira, M. J.; Kim, S. Y. H.; Langa, K. M., Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *New England Journal of Medicine* **2010**, *362* (13), 1211-1218.
50. Yun, Y. H.; Lee, M. K.; Kim, S. Y.; Lee, W. J.; Jung, K. H.; Do, Y. R.; Kim, S.; Heo, D. S.; Choi, J. S.; Park, S. Y.; Jeong, H. S.; Kang, J. H.; Kim, S.-Y.; Ro, J.; Lee, J. L.; Park, S. R.; Park, S., Impact of Awareness of Terminal Illness and Use of Palliative Care or Intensive Care Unit on the Survival of Terminally Ill Patients With Cancer: Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Oncology* **2011**, *29* (18), 2474-2480.
51. Ray, A.; Block, S.; J Friedlander, R.; Zhang, B.; K Maciejewski, P.; Prigerson, H., *Peaceful Awareness in Patients with Advanced Cancer*. 2007; Vol. 9, p 1359-68.
52. Street, R. L.; Makoul, G.; Arora, N. K.; Epstein, R. M., How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* **2009**, *74* (3), 295-301.

53. Umihara, J.; Nishikitani, M.; Kubota, K., Rapport between Cancer Patients and Their Physicians is Critical for Patient Satisfaction with Treatment Decisions. *Journal of Nippon Medical School* **2016**, *83* (6), 235-247.
54. Udo, C.; Lovgren, M.; Lundquist, G.; Axelsson, B., Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication: A focus group study. *Eur J Cancer Care (Engl)* **2017**.
55. Nedjat-Haiem, F. R.; Carrion, I. V.; Gonzalez, K.; Ell, K.; Thompson, B.; Mishra, S. I., Exploring Health Care Providers' Views About Initiating End-of-Life Care Communication. *Am J Hosp Palliat Care* **2017**, *34* (4), 308-317.
56. Cherny, N. I.; Palliative Care Working Group of the European Society for Medical, O., Factors influencing the attitudes and behaviors of oncologists regarding the truthful disclosure of information to patients with advanced and incurable cancer. *Psychooncology* **2011**, *20* (12), 1269-84.
57. Granek, L.; Krzyzanowska, M. K.; Tozer, R.; Mazzotta, P., Oncologists' Strategies and Barriers to Effective Communication About the End of Life. *Journal of Oncology Practice* **2013**, *9* (4), e129-e135.
58. Wein, S.; Sulkes, A.; Stemmer, S., The Oncologist's Role in Managing Depression, Anxiety, and Demoralization With Advanced Cancer. *The Cancer Journal* **2010**, *16* (5), 493-499.
59. Ryan, H.; Schofield, P.; Cockburn, J.; Butow, P.; Tattersall, M.; Turner, J.; Girgis, A.; Bandaranayake, D.; Bowman, D., How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care* **2005**, *14* (1), 7-15.
60. Fallowfield, L.; Ratcliffe, D.; Jenkins, V.; Saul, J., Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer* **2001**, *84* (8), 1011-1015.
61. Pollak, K. I.; Arnold, R. M.; Jeffreys, A. S.; Alexander, S. C.; Olsen, M. K.; Abernethy, A. P.; Sugg Skinner, C.; Rodriguez, K. L.; Tulsky, J. A., Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* **2007**, *25* (36), 5748-52.
62. Merckaert, I.; Libert, Y.; Delvaux, N.; Marchal, S.; Boniver, J.; Etienne, A.-M.; Klastersky, J.; Reynaert, C.; Scalliet, P.; Slachmuylder, J.-L.; Razavi, D., Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer. *Cancer* **2005**, *104* (2), 411-421.
63. Söllner, W.; DeVries, A.; Steixner, E.; Lukas, P.; Sprinzl, G.; Rumpold, G.; Maislinger, S., How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer* **2001**, *84* (2), 179-185.
64. Grabsch, B.; Clarke, D. M.; Love, A.; McKenzie, D. P.; Snyder, R. D.; Bloch, S.; Smith, G.; Kissane, D. W., Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. *Palliative and Supportive Care* **2006**, *4* (1), 47-56.
65. Anderson, W. G.; Alexander, S. C.; Rodriguez, K. L.; Jeffreys, A. S.; Olsen, M. K.; Pollak, K. I.; Tulsky, J. A.; Arnold, R. M., "What concerns me is..." Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. *Support Care Cancer* **2008**, *16* (7), 803-11.
66. Butow, P. N.; Brown, R. F.; Cogar, S.; Tattersall, M. H.; Dunn, S. M., Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology* **2002**, *11* (1), 47-58.
67. Suchman, A. L.; Markakis, K.; Beckman, H. B.; Frankel, R., A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* **1997**, *277* (8), 678-682.
68. Mager, W. M.; Andrykowski, M. A., Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology* **2002**, *11* (1), 35-46.
69. Rogg, L.; Aasland, O. G.; Graugaard, P. K.; Loge, J. H., Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. *Psychooncology* **2010**, *19* (11), 1221-8.
70. Helft, P. R., Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients. *J Clin Oncol* **2005**, *23* (13), 3146-50.

71. The, A.-M.; Hak, T.; Koëter, G.; van der Wal, G., Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* **2000**, 321 (7273), 1376-1381.
72. Tanco, K.; Rhondali, W.; Perez-Cruz, P.; et al., Patient perception of physician compassion after a more optimistic vs a less optimistic message: A randomized clinical trial. *JAMA Oncology* **2015**, 1 (2), 176-183.
73. Back, A. L.; Anderson, W. G.; Bunch, L.; Marr, L. A.; Wallace, J. A.; Yang, H. B.; Arnold, R. M., Communication about cancer near the end of life. *Cancer* **2008**, 113 (7 Suppl), 1897-1910.
74. Hagerty, R. G.; Butow, P. N.; Ellis, P. M.; Lobb, E. A.; Pendlebury, S. C.; Leighl, N.; MacLeod, C.; Tattersall, M. H., Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* **2005**, 23 (6), 1278-88.
75. Clayton, J. M.; Butow, P. N.; Tattersall, M. H., The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer* **2005**, 103 (9), 1957-64.
76. F Baile, W.; Lenzi, R.; Parker, P.; Buckman, R.; Cohen, L., *Oncologists' Attitudes Toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study*. 2002; Vol. 20, p 2189-96.
77. Hancock, K.; Clayton, J. M.; Parker, S. M.; der, S. W.; Butow, P. N.; Carrick, S.; Currow, D.; Ghera, D.; Glare, P.; Hagerty, R.; Tattersall, M. H., Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine* **2007**, 21 (6), 507-517.
78. Wentlandt, K.; Krzyzanowska, M. K.; Swami, N.; Rodin, G. M.; Le, L. W.; Zimmermann, C., Referral Practices of Oncologists to Specialized Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology* **2012**, 30 (35), 4380-4386.
79. Temel, J. S.; Shaw, A. T.; Greer, J. A., Challenge of Prognostic Uncertainty in the Modern Era of Cancer Therapeutics. *Journal of Clinical Oncology* **2016**, 34 (30), 3605-3608.
80. Harrington, S. E.; Smith, T. J., The role of chemotherapy at the end of life: "when is enough, enough?". *JAMA* **2008**, 299 (22), 2667-78.
81. Earle, C. C.; Neville, B. A.; Landrum, M. B.; Ayanian, J. Z.; Block, S. D.; Weeks, J. C., Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology* **2004**, 22 (2), 315-321.
82. Schofield, P.; Carey, M.; Love, A.; Nehill, C.; Wein, S., 'Would you like to talk about your future treatment options?' discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative Medicine* **2006**, 20 (4), 397-406.
83. McAteer, R.; Wellbery, C., *Palliative Care: Benefits, Barriers, and Best Practices*. 2013; Vol. 88, p 807-13.
84. Jackson, V. A.; Jacobsen, J.; Greer, J. A.; Pirl, W. F.; Temel, J. S.; Back, A. L., The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. *J Palliat Med* **2013**, 16 (8), 894-900.
85. Laryionava, K.; Heussner, P.; Hiddemann, W.; Winkler, E. C., Framework for timing of the discussion about forgoing cancer-specific treatment based on a qualitative study with oncologists. *Support Care Cancer* **2015**, 23 (3), 715-21.
86. Shanafelt, T. D.; Gradishar, W. J.; Kosty, M.; Satele, D.; Chew, H.; Horn, L.; Clark, B.; Hanley, A. E.; Chu, Q.; Pippen, J.; Sloan, J.; Raymond, M., Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. *Journal of Clinical Oncology* **2014**, 32 (7), 678-686.
87. Jackson, V. A.; Mack, J.; Matsuyama, R.; Lakoma, M. D.; Sullivan, A. M.; Arnold, R. M.; Weeks, J. C.; Block, S. D., A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *J Palliat Med* **2008**, 11 (6), 893-906.
88. Back, A. L.; Arnold, R. M.; Baile, W. F.; Tulsky, J. A.; Barley, G. E.; Pea, R. D.; Fryer-Edwards, K. A., Faculty Development to Change the Paradigm of Communication Skills Teaching in Oncology. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* **2009**, 27 (7), 1137-1141.
89. Back, A. L.; Arnold, R. M.; Tulsky, J. A.; Baile, W. F.; Fryer-Edwards, K. A., Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* **2003**, 21 (12), 2433-6.

90. Grassi, L., Communicating anticancer treatment cessation and transition to palliative care: The need for a comprehensive and culturally relevant, person-centered approach. *Cancer* **2015**, *121* (23), 4104-4107.
91. Rao, J. K.; Anderson, L. A.; Inui, T. S.; Frankel, R. M., Communication Interventions Make a Difference in Conversations between Physicians and Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Medical Care* **2007**, *45* (4), 340-349.
92. Back, A. L.; Arnold, R. M.; Baile, W. F.; et al., Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine* **2007**, *167* (5), 453-460.